



Apellido: _____ NOMBRE: _____ Nombre de Preferencia: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Email: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Números: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

SEGURO/RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

(por favor lea cuidadosamente, y ¡por favor díganos si tiene preguntas!)

Mientras que Triangle Visions Optometry intenta obtener la información precisa del Seguro y los beneficios de cada paciente, nosotros necesitamos que usted nos proporcione la información actualizada y documentación para facilitar este proceso. El presentar un reclamo al Seguro no es una garantía de pago. Cualquier cantidad no cubierta y pagada por su proveedor de seguro, sin importar la razón, será responsabilidad suya y debe de ser pagada en el momento de que se le presta el servicio. En dicho caso, esto aplica después de que usted paga por los co-pagos, co-seguros, deducibles y otras tarifas que no son cubiertas por su seguro, nosotros meteremos un reclamo con ellos para que cubran el saldo, esto será pagado directamente por su seguro a Triangle Visions Optometry. Si la compañía de seguro no es con la que usted tenía contrato o si usted no nos había provisto con la información/documentación adecuada para presentar el reclamo antes del momento de su cita, es su responsabilidad el pagarnos por los costos en el momento del servicio; nosotros con gusto le asistiremos para que usted busque el ser reembolsado al proveerle con los documentos necesarios que le permitirían meter una reclamo con su compañía de Seguro para que lo tomen como cobertura "fuera de la red" (out of network en Inglés). **POR FAVOR TENGA EN CUENTA:** en cualquier escenario la responsabilidad final y obligación financiera le corresponde a usted, el paciente. Si en cualquier momento usted tiene preguntas con respecto a su aseguradora o facturación, no dude en contactar a nuestra oficina. Nosotros lo valoramos, y haremos cualquier esfuerzo razonable para ayudarle. ¡Gracias!

Yo entiendo lo anterior y estoy de acuerdo con la política de Seguro/Responsabilidad Financiera antes mencionada.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Si usted esta firmando como un representante personal del paciente por favor indique cual es su relación con el/ella: _____

Firma del Representante: _____ **Fecha:** _____

INFORMACION EN CUANTO A LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD PERSONAL:

(Por favor lea cuidadosamente, marque las áreas apropiadas, y realice sus preguntas antes de firmar.)

La ley requiere que Insight Eyecare, LLC (dba Triangle Vision Optometry) realice todos los esfuerzos para informarle sobre sus derechos relacionados con su información personal de salud. Con mi firma a continuación, Yo estoy reconociendo que:

___ Se me dio la oportunidad de leer, haber leído o de que alguien me explicase las Prácticas de Privacidad de Insight Eyecare, LLC antes de que se me ofreciera algún servicio.

___ El Aviso de Privacidad de la Práctica no pudo ser leído debido a la naturaleza de urgencia de los cuidados necesarios y será adquirida en cuanto sea posible

___ Yo autorizo a Insight Eyecare, LLC a compartir la información de mi salud con las siguientes personas:

YO HE LEIDO Y ENTIENDO ESTA FORMA. YO ESTOY FIRMANDOLA VOLUNTARIAMENTE.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Si usted esta firmando como un representante personal del paciente por favor indique cual es su relación con el/ella: _____

Firma del Representante: _____ **Fecha:** _____



Apellido: _____ Nombre: _____

HISTORIAL MEDICO

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? _____ Si es afirmativo, por favor explique:

Realice una lista de cualquier medicamento que usted tome (incluyendo medicamentos sin receta, remedios caseros, aspirina, y anticonceptivos orales): _____

Cual es la farmacia de su elección: _____

Enliste todas la lesiones mayores, cirugías, y/o hospitalizaciones que usted ya haya tenido:

¿Esta usted actualmente embarazada o lactando? _____

Estatus en cuanto el habito de fumar (circule uno): actualmente todos los días / actualmente algunos días / antes fumaba / nunca he fumado

Si usted toma alcohol, ¿aproximadamente cuanto toma usted por semana? _____

¿Usted utiliza lentes? _____ Si la respuesta es si, ¿cuanto tiene usted con ese par de lentes?

¿Usted utiliza lentes de contacto? _____ Si la respuesta es si, ¿de que marca? _____

¿Por cuanto tiempo usted conserva cada par de lentes? _____ ¿estos son cómodos? _____

Usted tiene requerimientos visuales especificos o inusuales (pasatiempos/ocupaciones/deportes/etc.)? _____

¿Cuantas horas por día usted pasa en la computadora? _____ ¿cuantos monitores? _____

Con su actual corrección visual, ¿usted tiene problemas con cualquiera de los siguiente? (por favor circule):

- | | | |
|---|----------------------|---------------------------------------|
| Visión de cerca borroso | Ojos rojos | Ver pintos/líneas en visión flotantes |
| Visión a distancia borroso | Ojos secos | Ver destellos en su visión |
| A media distancia borroso (computadora) | Ojos llorosos | Ver aureolas en su visión |
| Visión doble | Brillo al aire libre | Dolor en/alrededor de los ojos |
| Dolores de cabeza | Brillo en interiores | Brillo alrededor de las luces |

HISTORIAL PERSONAL & FAMILIAR: (Por favor escribe cualquier historial familiar pertinente de las siguientes condiciones, enlístese usted mismo, padres, abuelo (s), hermano (s), niño(s))

ENFERMEDAD/CONDICION	NO	SI	DESCONOCIDO	RELACION CON USTED
Ceguera	___	___	___	_____
Catarata	___	___	___	_____
Ojos Cruzados / Ojo Vago	___	___	___	_____
Glaucoma	___	___	___	_____
Degeneración Macular	___	___	___	_____
Desprendimiento/Enfermedad Retinal	___	___	___	_____
Artritis	___	___	___	_____
Enfermedad Autoinmune	___	___	___	_____
Cáncer	___	___	___	_____
Enfermedad de Crohn / Desorden Digestivo	___	___	___	_____
Diabetes	___	___	___	_____
Enfermedad del Corazón	___	___	___	_____
Presión Alta	___	___	___	_____
Colesterol Alto	___	___	___	_____
Enfermedad de Riñón	___	___	___	_____
Enfermedad de Pulmones	___	___	___	_____
Lupus	___	___	___	_____
Enfermedad de Tiroides	___	___	___	_____
Otro: _____	___	___	___	_____



Apellido: _____ Nombre: _____

EVALUACIÓN DE LENTES DE CONTACTO Y TARIFAS DEL EXAMEN:

P: ¿Por que hay una tarifa de evaluación de lentes de contacto en adición a la tarifa del examen de ojos estándar?

R: Los pacientes que utilizan lentes de contacto requieren exámenes y monitoramientos adicionales mas allá de lo que se hace durante de un examen de rutina. La FDA regula de manera cercana las recetas de lentes de contacto y requiere que sean renovadas anualmente por Ley Federal. Los lentes de contacto son dispositivos médicos en incluso a pesar de que usted los sienta bien, hay riesgos de salud que deben ser tomados con seriedad. Para renovar su receta de lentes de contacto el día de hoy, su medico realizará los siguientes exámenes adicionales:

- Examen microscópico de lámpara de hendidura de lentes de contacto en el ojo para verificar que los lentes si le quedan.
- Examen microscópico de la lámpara de hendidura en la cornea, conjuntiva y tejidos de los parpados, para revisar la salud de los ojos y para buscar algún efecto secundario por el uso de lentes de contacto.
- Lentes de contacto de refracción para determinar cual es la prescripción de la graduación correcta de los lentes de contacto (las prescripciones de los lentes de contacto son diferentes que las prescripciones de anteojos)
- Revise los nuevos diseños de lentes y materiales que pudiesen mejorar la comodidad y/o salud.

Estos cargos adicionales que pudiesen aplicar a su visita hoy en día. El Seguro típicamente no cubre estas tarifas. Sin embargo, nosotros aplicaremos cualquier Seguro o descuentos que pudiesen aplicar.

Examen de Evaluación de Lentes de Contacto	Portador Establecido	Portador Nuevo
Lentes Esféricos	\$75	\$150
Lente Torica	\$75	\$150
Multifocal o Lentes de Monovisión	\$120	\$195
Lentes de Contacto Permeables al Gas RGP	\$120	\$195
Lente Especial	a partir de \$255	a partir de \$255

HE LEIDO Y ENTIENDO ESTA FORMA. YO LA ESTOY FIRMANDO VOLUNTARIAMENTE.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Si usted esta firmando como un representante personal del paciente por favor indique cual es su relación con el/ella: _____

Firma del Representante: _____ **Fecha:** _____

Apellido: _____ Nombre: _____

IMAGENES DE RETINA OPTOMAP:

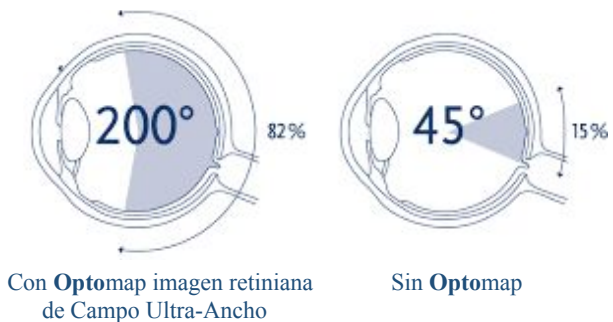
En Triangle Visions Optometry, es nuestra meta el proveerle con los mejores servicios de cuidado ocular disponibles. Por favor tome un minuto para revisar cuidadosamente esta información de imágenes retinianas.

Las imágenes retinianas es un procedimiento no invasivo utilizado para la detección temprana de problemas retíales y enfermedades tales como aquellas asociadas con glaucoma, degeneración macular, diabetes, y desordenes del medio óptico.

Nuestros doctores utilizan Optomap imagen retiniana para documentar las condiciones retíales del paciente y para proveer datos de referencia que pudiesen ser utilizadas para seguir la progresión de la salud ocular a través del tiempo.

El examen es altamente recomendado para todos nuestros pacientes, especialmente aquellos con un historial de diabetes, presión alta, dolores de cabeza, flotadores o centellas, colesterol alto, y problemas retiniales como lo pudiesen ser desprendimientos o lagrimas.

Muchos pacientes eligen imágenes Optomap en vez de la dilatación ya que el Optomap proporciona una imagen retiniana de 200 grados de campo ultra-ancho sin utilizar gotas o gotas de dilatación.



Nosotros nos gustaría ofrecerle este servicio por un costo de \$39.00. Nosotros podemos facturar las fotos medicas para cierto tipo de condiciones.

Por favor tómese un minuto y déjenos saber su preferencia a continuación.

_____ SI, Me gustaría tener una fotografía digital de retina.
Por favor marque aquí si tiene algún historial de convulsiones _____?

_____ NO, Yo elijo el que NO se me realice este examen, por lo cual posteriormente NO haré responsable a Triangle Visions Optometry o a ninguno de sus doctores responsables por cualquier enfermedad o patología que no sea detectada por la falta de información de diagnóstico que pudiese haber sido obtenida por me dio de esta imagen retiniana.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Si usted esta firmando como un representante personal del paciente por favor indique cual es su relación con el/ella: _____

Firma del Representante: _____ **Fecha:** _____